

(versie 2 dd. 7 maart 2013)

Het Zorginnovatieboek: Meer gezondheid en welzijn voor ons geld

door

Guus Schrijvers, gezondheidseconoom

Voorwoord

Hoofdstuk 1. De nieuwe drie-eenheid van de zorg (al geschreven)

Hoofdstuk 2 Gezonde mensen in een gezonde omgeving (al geschreven)

Hoofdstuk 3 Gezond maakt mooi, slim en blij (al geschreven)

Hoofdstuk 4 Preventie en financiële prikkels (al geschreven)

Hoofdstuk 5 De geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg: een goed begin is het halve werk

Hoofdstuk 6 De eerstelijns versterken en ook de anderhalfde lijn

Hoofdstuk 7 De chronische zorg per chronische aandoening en bij multipathologie

Hoofdstuk 8 de ouderenzorg. De AWBZ en de Wmo

Hoofdstuk 9 De geestelijke gezondheidszorg

Hoofdstuk 10 zelfzorg en mantelzorg bij chronische aandoeningen, ouderdom en psychisch lijden

Hoofdstuk 11 .De farmaceutische zorg bij chronische zieken, ouderdom en psychisch lijden

Hoofdstuk 12 De oncologische zorg: niet alleen snelle diagnostiek maar ook shared decision making

Hoofdstuk 13 De electieve medisch specialistische zorg, centraal en decentraal

Hoofdstuk 14 De acute zorg, ook preventie is van belang

Hoofdstuk 15. De ziekenhuiszorg als de conclusies van hoofdstukken 11 t/m 13 juist zijn

Hoofdstuk 16 De palliatieve netwerken: terminale zorg en toch ook kostenverlaging?

Hoofdstuk 17. Synthese: Is het inderdaad mogelijk meer gezondheid voor je euro te krijgen?

Lijst van aanbevolen literatuur

Trefwoordenregister

Het Zorginnovatieboek: Meer gezondheid en welzijn voor ons geld

Hoofdstuk 1. De nieuwe drie-eenheid van de zorg

Aan de hand van een voorbeeld over tele-intensive care leg ik in dit hoofdstuk De Nieuwe Drie-eenheid van de Zorg ofwel de Triple Aim uit: het gaat om het gelijktijdig realiseren van meer gezondheid, betere kwaliteit van zorg en lagere kosten. Aan deze drie-eenheid zijn tien kenmerken te onderscheiden. De Drie-eenheid is van belang, omdat op lange termijn een tekort aan arbeidskrachten in de zorg dreigt en op korte termijn de zorgpremies niet verder omhoog kunnen. Verder introduceer ik de begrippen gedragseconomie en financiële klantwaarde, PMPM-kosten. Het hoofdstuk eindigt met een vooruitblik op latere hoofdstukken.

Inleiding

Over ongeveer tien jaar kent Nederland geen negentig zelfstandige Intensive Care afdelingen (IC's) maar slechts dertig. De overige zestig worden gemonitord vanuit deze zelfstandige IC's: De intensivisten daar volgen via monitoren en scherm-tot-scherm contact de IC-patiënten op de andere satelliet-IC's, waarvoor zij medisch verantwoordelijk zijn. Via een aparte verbinding geven zij verpleegkundigen en artsen opdrachten in de satelliet-IC's. Deze vorm van tele-medicine bestaat al in Nederland. Intensivisten van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis bewaken op deze manier IC-patiënten in Lelystad. In de USA is tele-intensive care meer ingeburgerd. Onderzoeker Luck en collega's toonden aan dat tele-intensive care even effectief is als gebruikelijke IC-zorg.^{1,2}

Dit voorstel heb ik in de afgelopen jaren diverse malen ingebracht in masterclasses en congressen van professionals en leidinggevenden. Ik gebruik dit voorbeeld om uit te leggen wat ik met meer gezondheid voor je euro bedoel. Maar eerst werk ik het voorstel nader uit.

Er is natuurlijk het probleem dat de reistijd voor bijvoorbeeld ernstige ongevalsslachtoffers naar de volwaardige IC's langer worden. Ik heb daarvoor ook een oplossing.

Reistijdprobleem zijn op te lossen met een fijnmazig netwerk van ambulanceposten waar ambulances gereed staan om te vertrekken. Deze zorgaanbieders regelen de toegang tot de IC's. Zij doen dat door patiënten eerst te stabiliseren. De verpleegkundigen hebben in hun ambulance veel hulpmiddelen en geneesmiddelen om de eerste nood te lenigen. Daarna kunnen ze de inmiddels gestabiliseerde patiënt zonder extra risico naar een verder gelegen IC transporteren. Via mobiel internet sturen zij de vitale gegevens alvast door en ontvangt de Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) van het ziekenhuis een vooraankondiging: er komt een ernstig zieke patiënt aan. Binnen het ziekenhuis vinden van te voren parallelle acties plaats om bij aankomst de door-to-needle (DTN) time zo kort mogelijk te laten zijn. De DTN is de tijd die verstrijkt tussen de aankomst van de ambulance bij het ziekenhuis en het moment dat de patiënt een infuus aangeprikt krijgt op de IC.

Tijdens mijn onderwijs en lezingen voegde ik aan dit voorstel toe dat de zestig ziekenhuizen die expertise, status en geld moeten inleveren, de besparingen voor een groot deel mogen herbestemmen voor preventie van spoedeisende zorg en aan betere kwaliteit van acute zorg. Op deze manier zou er niemand in die ziekenhuizen ontslagen hoeven te worden. Alleen de werkzaamheden worden anders.

Ik opperde bijvoorbeeld meer valpreventie bij mensen met poreuze botten (osteoporose) en bij mensen die snel hun evenwicht verliezen. Ik stelde tevens voor om competenties bij patiënten en mantelzorgers te verhogen bij acute situaties. Door eerdere symptoomherkenning kunnen bijvoorbeeld mensen met COPD eerder hun medicatie aanpassen en daarmee benauwdheidsaanvallen voorkomen¹. Partners van patiënten met een hoge bloeddruk en/of hartfalen zouden een training in reanimeren kunnen krijgen, betaald uit die bespaarde en opnieuw bestede gelden. Tenslotte, pleitte ik voor een zorgcentrale met één telefoonnummer voor alle eerstelijns spoedvragen.

Niet alleen voor huisartsen maar ook voor tandartsen, verloskundigen en crisisdiensten van de geestelijke gezondheidszorg.

Ik pleitte ervoor om mijn voorstel door te rekenen op effecten en kosten, zoals een regeerakkoord wordt doorgerekend door het Centraal Planbureau. Mijn voorstel haalde het vooralsnog nergens.

De Nieuwe Drie-eenheid van de zorg

Ik begin dit boek met deze casus, omdat deze zo goed illustreert wat ik bedoel met "De Nieuwe Drie-eenheid in de Zorg", die de bestaande marktwerking moet vervangen. Bij deze drie-eenheid komen drie doelstellingen van gezondheidsbeleid tegelijk aan de orde: 1. Meer gezondheid 2. Betere kwaliteit van zorg en 3. Lagere kosten per jaar per patiënt. In het IC voorbeeld is dat de grotere overlevingskans door bijvoorbeeld meer reanimatie cursussen en het bevorderen van mantelspoedzorg (doelstelling 1), de hogere kwaliteit van zorg door bijvoorbeeld het creëren van één telefoonnummer voor alle spoedeisende eerstelijnsvragen (doelstelling 2) en lagere kosten per patiënt per jaar (door het sluiten van twee op de drie zelfstandige IC's).

De uitdrukking "Nieuwe Drie-eenheid in de zorg" is mijn vertaling van Triple Aim. Berwick en collega's gebruikten die term als eersten, en wel in een spraakmakend artikel in 2008.² De eerste auteur was toen nog bestuursvoorzitter van het Institute for Healthcare Improvement (IHI, zie www.ihl.org), een wereldberoemde instelling voor zorginnovatie. Thans is hij een belangrijke adviseur van de Amerikaanse president Obama. Met het artikel sloten Berwick c.s. aan op tien jaar eerder verschenen rapporten van het Institute of Medicine, het rapport To Err is Human³ uit 2000 en het rapport Crossing the Chasm⁴ uit 2001. Dat laatste rapport bepleitte veilige, effectieve, patiëntgerichte, tijdige, doelmatige en voor iedereen toegankelijke zorg. Wat Berwick en collega's in 2008 deden, was het terugbrengen van deze zes doelstellingen tot één drievoudige doelstelling: Triple Aim. Hij en zijn collega-auteurs noemden in 2008 verschillende condities die voor een zorgorganisatie gelden die de drie genoemde doelen tegelijkertijd wil nastreven: 1. Werkend voor een wel omschreven groep van patiënten; 2. Werkend voor individuele patiënten maar ook voor het totaal van de groep 3. De aanwezigheid van leiding ofwel integrator die de drie doelen tegelijk nastreeft. Zowel het IoM in 2001 als Berwick in 2008 koppelden kwaliteitsbeleid en kostenbeleid nauw aan elkaar. President Obama vertaalde dat later in de slagzin 'Save lives and Costs', waarbij hij zich baseerde op een literatuuroverzicht in een beroemd Amerikaans tijdschrift⁵

¹ Trappenburg, J.C.A., Self-management and early detection of exacerbations in patients with COPD, Phd Thesis, Utrecht university, 2011. Te downloaden via http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2011-0331-200605/UU_index.html

² Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan and John Whittington: The Triple Aim: Care, Health, And Cost, Health Affairs, May 2008 vol. 27no. 3759-769 . Ook te downloaden via <http://content.healthaffairs.org/content/27/3/759.full>

³

³ Kohn L, JM Corrigan JM & MS Donaldson, Committee of Quality of health Care in America, Institute of medicine, (2000), To err is human: Building a safer health system, Washington, DC: National Academies Press

⁴ Institute of Medicine, Committee on Quality of health Care in America, Crossing the Chasm: a new health system for the 21st century, Washington DC., National Academies Press.

⁵ Cohen JT, Neumann PJ, and CW Milton. Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates, N Engl J Med 2008; 358:661-663

[February14,2008](#) DOI: 10.1056/NEJMp0708558

De opvolger van Berwick bij het IHI heet Maureen Bisognano. Zij schreef samen met Charles Kenney de bestseller "Pursuing the Triple Aim", die in 2012 uitkwam.⁶ De twee auteurs beschrijven in zeven hoofdstukken zeven zorginnovaties die zowel de zorg verbeteren, de gezondheid bevorderen als de kosten verlagen. De zeven volgen hieronder. Tussen haakjes staan de zorgorganisaties of personen die het initiatief ertoe namen.

1. Het aanbieden van chronische zorg op basis van het Chronic Care model van Wagner (Health Partners)
2. Een multidisciplinaire rugpijnpoli, waar patiënten onmiddellijk terecht kunnen (Virginia Mason)
3. Bevordering gezond gedrag binnen de eerstelijns (Care Oregon en daarmee geaffilieerde klinieken)
4. Populatiegebonden bekostiging (Blue Cross Blue Shield in Massachusetts)
5. Aanbieden van preventieve interventies aan patiënten met een jaarlijks hoog zorggebruik (Bellin Health)
6. Het hanteren van transmurale zorgpaden en persoonsgerichte zorg bij heup- en knieoperaties (Anthony Digiola)
7. Het integreren van zorginnovatie en het implementeren van deze zorginnovaties elders (Kaiser Permanente).

Elk hoofdstuk is op dezelfde wijze opgebouwd. Eerst volgt een beschrijving van de totstandkoming van de innovatie en van de werking. Daarna volgen resultaten voor 1. Betere gezondheid; 2. Betere zorg; en 3. Lagere kosten. Elk hoofdstuk sluit af met een analyse van factoren die bijdroegen aan het succes van de innovatie en van te overwinnen weerstanden.

Opvallend is dat hoge zorgkosten inspireerden tot de zorginnovaties. Maar uiteindelijk lukte het de initiatiefnemers om zorg te bieden die goedkoper, van betere kwaliteit en effectiever is. In de zeven goede voorbeelden spelen zorgverzekeraars een grote rol. Zij spelen die soms als initiatiefnemer zoals bij populatiegebonden bekostiging en dan weer als trouwe partner van de innovatieve zorgorganisaties. In het slothoofdstuk 8 met de titel No Excuses gaan de auteurs in op het belang van goed leiderschap en een goede cultuur van zorgorganisaties. Wat ontbreekt, is een systematische analyse van de zeven prachtig beschreven projecten, die alle snel uitwaaierden naar andere zorgorganisaties en regio's in de USA.

Uit Pursuing Triple Aim leid ik tien kenmerken af van de Nieuwe Drie-eenheid (zie Box 1). In het slothoofdstuk van dit boek komt ik op deze tien kenmerken terug. In de hoofdstukken 2 tot en met het voorlaatste hoofdstuk spelen zijn ze vaak aan de orde.

Box 1. Kenmerken van de Nieuwe Drie-eenheid

1. Doelmatigheidswinst wordt ingezet voor preventie en betere zorg.
2. Eenheid van beleid is belangrijker dan eenheid van bestuur
3. Ontwikkelen vanuit kleine demonstratie projecten
4. Zorgverzekeraar is in the lead
5. Eerst lange termijndoelen en de weg daarnaartoe bepalen (pre-planning)
6. Daarna doorrekenen en uitwerken
7. Tegelijkertijd innoveren en implementeren
8. Motivatie van professionals is startpunt
9. Coalities op basis van ideeën en niet alleen op basis van belangen
10. Open boek relaties ofwel transparantie over en weer tussen zorgaanbieder en financier.

⁶ Maureen Bisognano and Charles Kenney, Pursuing the Triple Aim, seven innovators show the way to better care, Better health and Lower Costs, Jossey Bass, San Francisco, 2012

De Triple Aim filosofie wordt krachtig ondersteund door het al genoemde Institute for Health Care Improvement, het internationale Commonwealth Fund⁷ en het toonaangevende tijdschrift Health Affairs. Toch is er milde kritiek van onder meer de ervaren onderzoekers Burns & Pauly⁸: De Triple Aim lijkt volgens deze auteurs veel op de Health Maintenance Organisations (HMO's) uit de jaren negentig die uiteindelijk geen succes bleken. Het integreren van zorg tussen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en de eerstelijns bleek in de jaren negentig veel moeilijker dan verwacht. Een andere onderzoeker, Zung⁹, wijst erop, dat het zo bejubelde Triple Aim initiatief met uitkomstfinanciering niet leidde tot een algemene kostenverlaging. In het slothoofdstuk kom ik terug op deze kritiek van Burns & Pauly en van Song. In de tussen liggende hoofdstukken benoem ik per zorgsector zowel positieve als negatieve aspecten van de Triple Aim aanpak.

In Canada¹⁰ kreeg de Triple Aim navolging evenals in Duitsland.¹¹ In het Verenigd Koninkrijk vindt onder de titel More with the same and not more of the same een vergelijkbare discussie plaats.¹² Crump and Adil¹³ geven leiding aan het NHS Institute of Innovation and Improvement te Warwick. In 2009 voorspellen zij 30% onderfinanciering van de National Health Service (NHS) in 2017, als de zorgvraag met 5,5% blijft toenemen en de economische groei voor de zorg op nul procent blijft.

Zij zien als enige oplossing een beleid waarbij 1. Kosten besparende en kwaliteit verhogende innovaties versneld worden geïmplementeerd, 2. Zorginnovatie voortaan gericht is op kostenbesparing en niet op kwaliteit verhoging 3. Geschikte financiële prikkels gelden die deze implementatie bevorderen en 4. Steun hiervoor bestaat van professionals en patiënten. Zij noemen niet de naam Triple Aim, maar sluiten daar wel op aan.

Met dit boek tracht ik bij te dragen aan de discussie over toepassing van Triple Aim in Nederland. Want ook in ons land ontstaat het probleem dat de vraag naar zorg sneller groeit dan de beschikbare financiële middelen en beschikbare professionals. Box 2 geeft aan dat bij een stijgende levensverwachting (zoals door Centraal Planbureau (CPB) en Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) voorspeld¹⁴) de werkgelegenheid in de zorg moet toenemen tot 45% in 2040 (scenario 1).

7 Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, Confronting Costs: Stabilizing U.S. Health Spending While Moving Toward a High Performance Health Care System, <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Jan/Confronting-Costs.aspx?omnicid=20>

8 Burns LR and MV Pauly, Accountable Care Organizations May Have Difficulty Avoiding The Failures Of Integrated Delivery Networks Of The 1990s, HEALTH AFFAIRS 31, NO. 11 (2012): pp. 2407-2416

9 Song Z. e.a., The 'Alternative Quality Contract,' Based On A Global Budget, Lowered Medical Spending And Improved Quality, HEALTH AFFAIRS 31, (2012) doi: 10.1377/hlthaff.2012.0327 NO. 8 (2012):

10 Getting Started with Triple Aim, Prepared for the Primary Health Services Branch, Ministry of Health, Government of Saskatchewan, July 2012,

<http://www.health.gov.sk.ca/getting-started-triple-aim>

11 Hilldebrandt H. e.a., Triple Aim in Kinzigal, Germany: Improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK,

[Journal of Integrated Care](#) ~ Volume 20 (2012) issue 4, pp.205 - 222

12 Appleby J, Improving NHS productivity, more with the same and not more of the same, King's Fund report, 2010

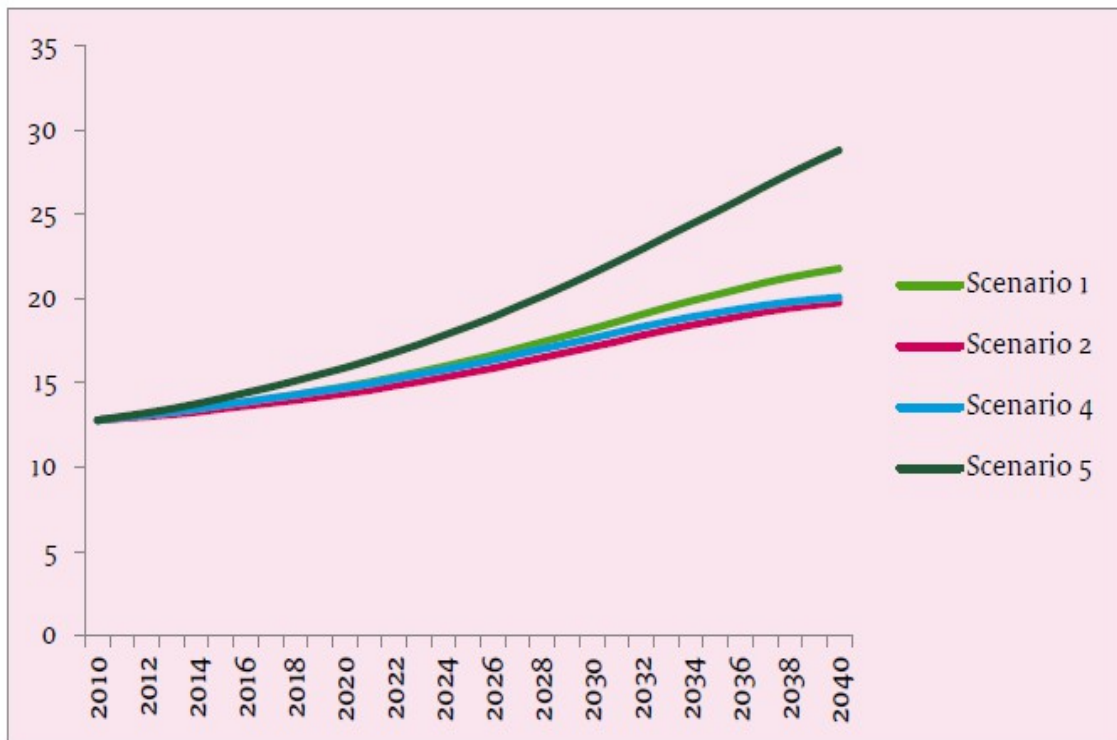
http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/improving-nhs-productivity-kings-fund-july-2010.pdf

13 Crump B. and M. Adil, Can quality and productivity improve in a financially poorer NHS?, BMJ 2009; (vol 339) pp 1175-77

14 CPB. Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg. Achtergronddocument. 2011 november. P 61

Maar ook als de zorgvraag beperkt kan worden (scenario 4) en/of de arbeidsproductiviteit in deze bedrijfstak (scenario 2) verhoogd kan worden, zal de werkgelegenheid in de zorg nog aanzienlijk toenemen.

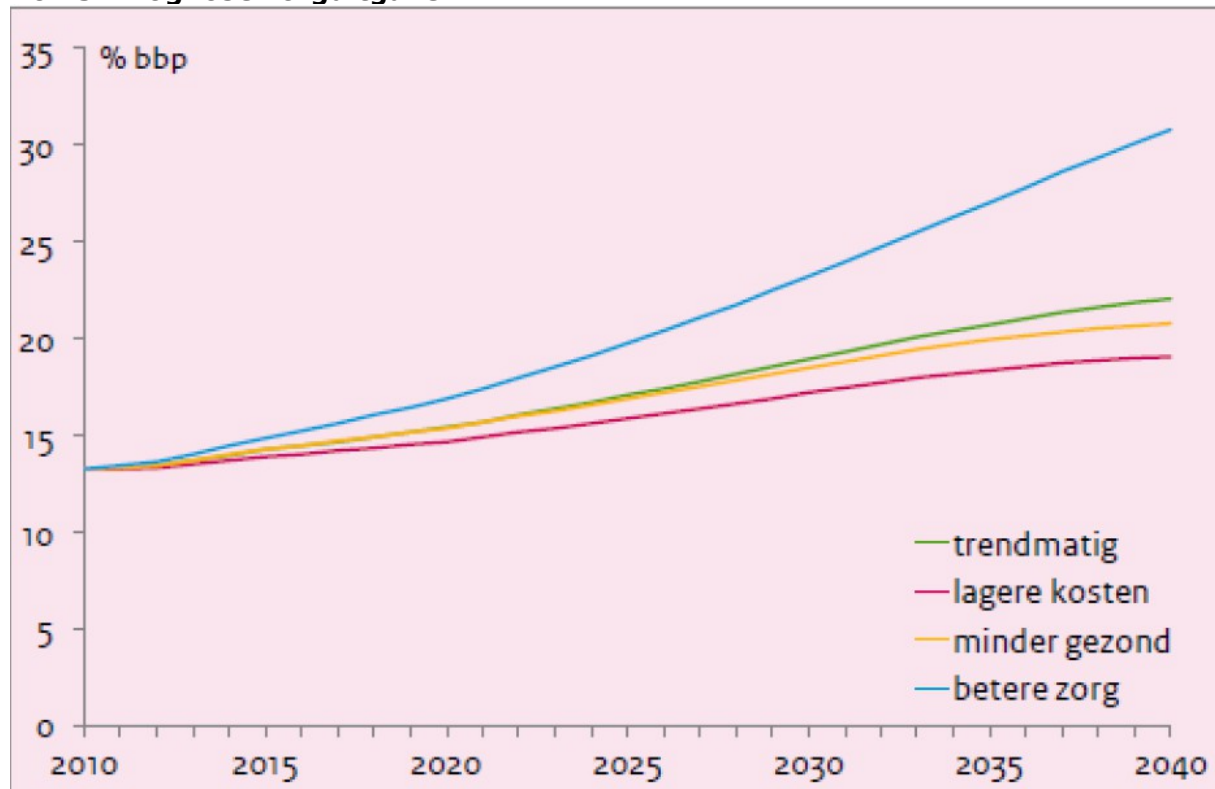
Box 2. De benodigde arbeidskrachten in de Nederlandse gezondheidszorg



Bron: CPB. Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg. Achtergronddocument. 2011 November. P 61

Een ander economisch aspect van de zorg is het aandeel van de zorgbestedingen in het nationaal inkomen. Die stijgen (zie box 3) volgens vooruitberekeningen van het Centraal Planbureau naar 30% in 2040, indien de huidige trend zich voortzet. Op zich heb ik er geen moeite mee als de burgers kiezen voor meer zorg en minder vakantie of andere consumptiegoederen. Er ontstaat pas een probleem als zij meer zorg willen maar ook die vakanties, goed onderwijs en een veilige omgeving. Dat gaat wringen, zekere indien burgers hogere premiedruk gaan compenseren met hogere looneisen. Dat wordt ten eerste de export te duur en ten tweede kan er inflatie ontstaan die pensioenen en vaste inkomens uitholt.

Box 3. Prognose zorguitgaven



De discussie om gelijktijdig kwaliteit te verhogen en kosten te besparen is in Nederland al aan de gang. Zo pleit KNMG voorzitter Nieuwenhuizen Kruseman¹⁵ voor een gezondheidszorg met een verantwoorde verhouding tussen kwaliteit en omvang van de zorguitgaven. Hij pleit voor nadruk op gezondheid en gedrag. Ik citeer Nieuwenhuizen Kruseman: "Daartoe is het noodzakelijk dat zorgverleners meer op basis van uitkomsten in plaats van handelingen en verrichtingen worden beloond, zodat ongewenste volumeprikkels en prikkels om niet-geïndiceerde zorg uit te voeren worden geminimaliseerd. Ook moet een gecombineerde integrale bekostiging van de curatieve zorg van de eerste en de tweede lijn en de publieke zorg worden bewerkstelligd, zodat een samenhangende zorgorganisatie kan worden gerealiseerd en patiënten op de juiste plaats de juiste behandeling kunnen krijgen". Tot zover de KNMG voorzitter. Steun voor de Triple Aim aanpak komt ook van oud-minister en tegenwoordig VU hoogleraar Klink. Hij wijst in zijn oratie op de vermijdbare en overbodige zorg, die zowel kwaliteit verlaagt als kosten verhoogt¹⁶.

Box 4 beschrijft Triple Aim in een schema. Centraal in de driehoek staan de partijen zorgaanbieder, financier en patiënt die gezamenlijk verbetering van de drie velden van de driehoek nastreven: 1. Population health 2. Experience of care en 3. Per capita cost. De posities van de drie actoren zijn hier verschillend, evenals bij marktwerking. Maar er is wel eenheid van beleid bij de drie partijen. Daarmee onderscheidt deze driehoek zich van de driehoek van de marktwerking, waarin de drie partijen zorgaanbieders, patiënten en financiers zich op de punten van de driehoek bevinden (zie box 4) en zich nadrukkelijk profileren op hun eigen posities.

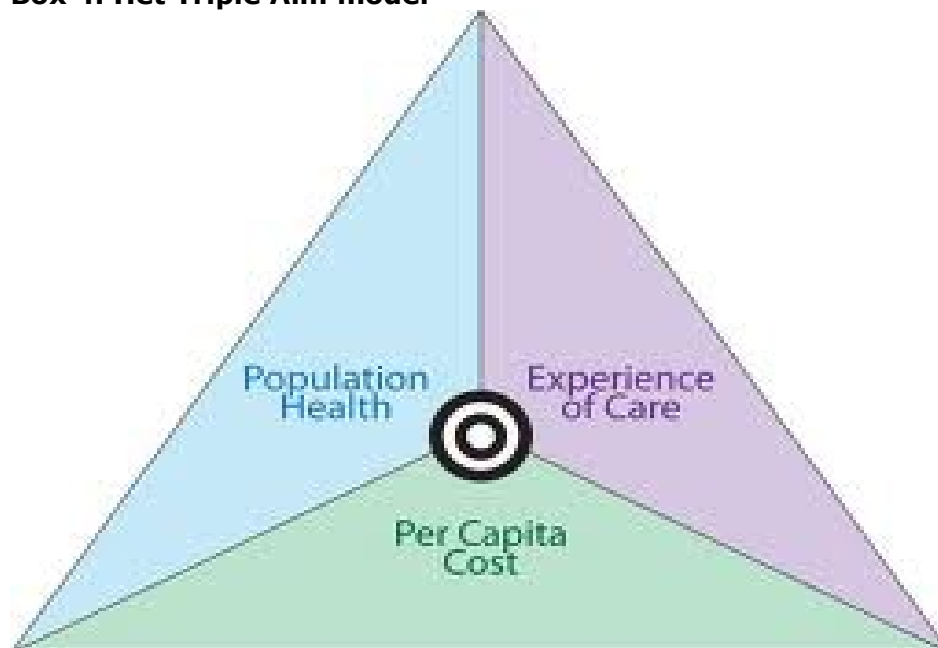
¹⁵ Nieuwenhuizen Kruseman AC, Aanpakken van overbodige zorg is niet genoeg, Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5726

¹⁶ Klink A., Waarom kostenbesparende innovaties de zorg vaak duurder maken, oratie Vrije Universiteit, Amsterdam, 2012

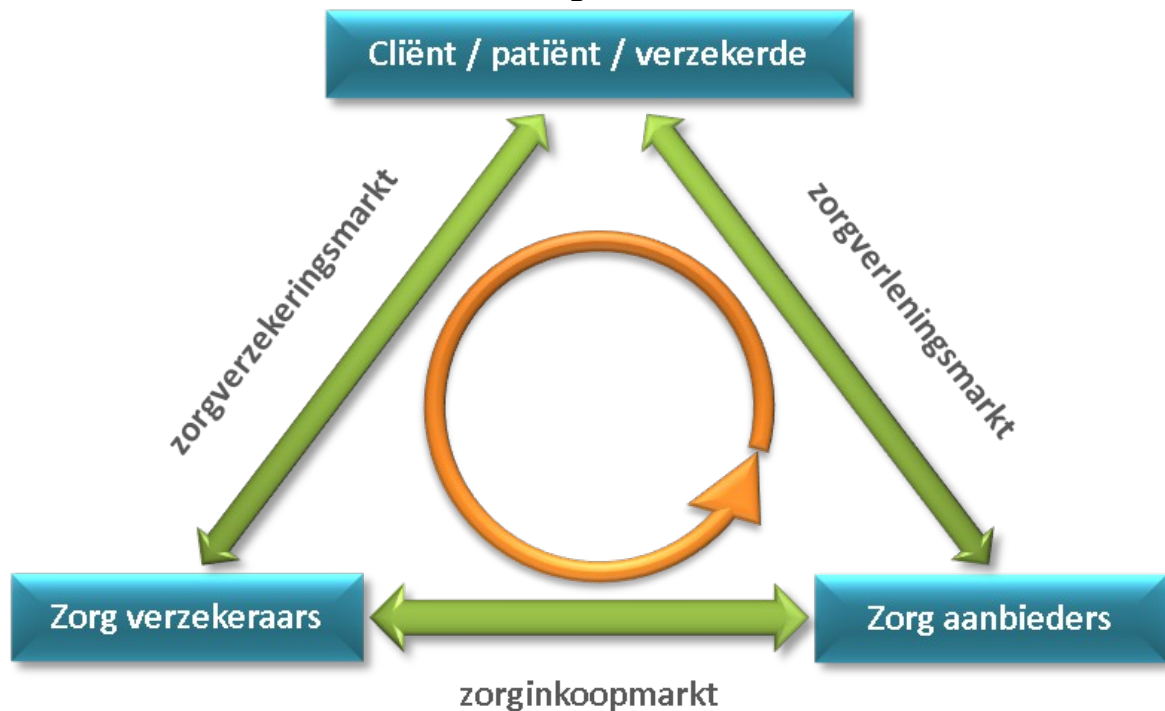
De posities van de drie actoren zijn hier verschillend net als bij marktwerking. Maar er is wel eenheid van beleid bij de drie partijen. Ten eerste streven zij alle drie dezelfde doelen na. Ook zorgverzekeraars streven in dit model preventie na. Ik weet dat zij nu nog geen financiële middelen op basis van de Zorgverzekeringswet kunnen toewijzen aan preventieve interventies zoals leefstijlbevordering. Ook ziekenhuizen streven bij de Triple Aim aanpak preventie na. Dat is mogelijk met twee soorten activiteiten. Ten eerste door motivational interviewing als een verpleegkundige of specialist vaststelt, dat een ziekenhuisopname mede is veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Ten tweede hebben ziekenhuizen een taak om patiënten na een ernstige ingreep te helpen hun leven weer in balans te brengen. Ik denk hierbij aan hartrevalidatie, oncologische revalidatie, algemene revalidatie na chirurgische ingrepen. De tweede doelstelling van de Triple Aim: de kwaliteit van zorg nastreven vindt thans brede navolging, niet alleen bij professionals maar ook bij zorgverzekeraars. Dat wordt in mijn model niet anders. De derde doelstelling: de kosten per persoon laag houden krijgt in het Triple Aim model een andere dimensie. Ik ga uitleggen dat bij Triple Aim geen betaling per volumen meer plaatsvindt maar een betaling op basis van een mix van kenmerken van de bediende populatie en van kwaliteitsindicatoren van de geleverde prestaties. De lezer die niet kan wachten op deze uitleg, raad ik aan om alvast hoofdstuk 9 over de geestelijke gezondheidszorg te lezen.

Deze Triple Aim driehoek is een andere dan die van de marktwerking waarin de drie partijen zorgaanbieders, patiënten en financiers zich op de punten van de driehoek bevinden. (zie box 5). Maar daar profileren zij zich op hun eigen posities. Daarom stel ik dat de Nieuwe Drie-eenheid van de zorg marktwerking vermindert maar niet doet verdwijnen. Natuurlijk er blijft enige competitie maar eenheid van beleid tussen partijen overheerst. In het IC-voorbeeld aan het begin van dit hoofdstuk bestaat competitie t tussen de negentig ziekenhuizen over de vraag welke een zelfstandige IC mogen behouden. En zorgverzekeraars doen ook in de Nieuwe Drie-eenheid hun best om het aantal verzekerden te behouden, om daarmee blijvend toegang te bieden aan Een zorgaanbod met hoge kwaliteit.

Box 4. Het Triple Aim model



Box 5. Het model van de marktwerking



Gedragseconomie vormt de basis van Triple Aim

Nu ik het de historie, het belang en de principes van Triple Aim heb uitgelegd, ontcom ik niet aan een korte bespreking van de gedragseconomie (behavioural economics), een nieuwe tak van de economische wetenschap. In dit boek bed ik de Triple Aim in deze wetenschap in en voeg ik enkele bergrippen eraan toe die ik in dit boek ga gebruiken.

Gedragseconomie ofwel behavioural economics bestudeert de effecten van kennis en van sociale en emotionele factoren op economische beslissingen van mensen en de gevolgen daarvan op gebruik van middelen, kosten en opbrengsten. Deze omschrijving ontleen ik aan het artikel van Douglas Bernheim en Rangel, dat zij schreven voor een digitale, internationale, economische encyclopedie.¹⁷ Het vakgebied integreert theorieën van de marktwerking (in vakjargon: de klassieke prijstheorie) met die van de psychologie. De grondlegger van de klassieke prijstheorie is Adam Smith. Hij worstelde er al mee, dat het gedrag van mensen niet uitsluitend door uitsluitend door de hoogte van de prijs van goederen en diensten wordt bepaald. In zijn wereldberoemde boek *Wealth of Nations*¹⁸ bepleite hij in 1776 volkomen concurrentie en vrijhandel tussen alle landen als de motor om welvaart te bevorderen.

Hij introduceerde in dit boek de metafoor van de onzichtbare hand die een rechtvaardige spreiding van goederen en diensten over een samenleving tot stand brengt. Ook de uitdrukking van de term homo economicus die rationeel handelt en zijn behoeften maximaal bevredigt stamt uit dit boek. In 1759, zeventien jaar voor het uitkomen van de *Wealth of Nations*, schreef hij het boek *The Theory of the Moral Sentiment*.¹⁹ In dat boek analyseert hij zijn eigen gedrag. Hij verwondert zich erover dat hij (wonend in het rijke

¹⁷ B. Douglas Bernheim B. & A. Rangel, Behavioural Public Economics, In: Durlauf SN and LE Blume (eds), *The New Palgrave Dictionary of Economics*, Second Edition, 2008

¹⁸ Smith A., *An inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, 1776., general editor RH Cambell & AS Skinner, Oxford University Press, 1976

¹⁹ Smith, A. *The Theory of Moral Sentiments*. Edited by DD Raphael & AL Macfie, Clarendon Press, Oxford, 1997

en voedzame Schotland) meeleeft met de slachtoffers van de toen heersende hongersnood in Frankrijk. Hij komt in dit boek tot de conclusie dat de mens een angstig dier is dat reageert op bijvoorbeeld noodkreten van in zijn tijd hongerige Fransen. Smith bepleit in dit boek voor solidariteit tussen naties en tussen bevolkingsgroepen. Het is Adam Smith niet gelukt die twee zienswijzen, het angstige dier en de homo economicus in één theorie samen te brengen.

Op zijn oude dag koos hij voor zichzelf en zijn eigen behoeften. Hij werd hoofd van de Schotse douane en bedacht slimme invoer- en uitvoeraccijnzen die compleet ingingen tegen zijn theorie van de vrijhandel en de internationale solidariteit. Smith overleed rijk, eenzaam en depressief: dat staat beschreven in zijn biografie die leest als een spannende roman.²⁰ Het boek inspireerde mij om te zoeken naar een synthese voor de gezondheidszorg waarin professionals en patiënten zowel als angstig dier en als homo economicus tot hun recht komen. Het weerhield mij om op latere leeftijd te kiezen voor het grote geld, als adviseur optredend voor commerciële zorgorganisaties. In dit boek doe ik verslag van mijn eigen zoektocht naar angstige dieren en de homo economicus.

Williamson is een coryfee binnen de behavioural economics en introduceerde de transactiekosten theorie.²¹ Daarin geeft hij aan dat marktwerking gebrekkig functioneert bij hoge kosten om informatie te verzamelen over de markt bij vragers en aanbieders en hoge kosten om de koop en verkoop tot stand te brengen. Zijn theorie verklaart waarom vele verzekerden bij hun zorgverzekeraar blijven hangen en vele patiënten bij hun professional.

Williamson gaat uit van de term bounded rationality die afkomstig is van de eveneens wereldberoemde organisatie-expert Herbert Simon²², die tot op de dag van heden in vele handboeken wordt geciteerd. Gebonden rationaliteit is het idee, dat bij besluitvorming van individuen en instellingen de rationaliteit beperkt is door 1. Het gebrek aan informatie over de markt, 2. Hun intelligentie om die informatie te begrijpen en 3. De beperkte hoeveelheid tijd die zij hebben om hun besluit te nemen. Williamson pleit ervoor dat de overheid slimme markten ontwerpt die wenselijke rationaliteit stimuleert van consumenten en producenten. In 2009 heeft Williamson de Nobelprijs voor de economische wetenschap gewonnen voor zijn baanbrekende aanvulling op de onzichtbare-handtheorie van Adam Smith.

Brandenburg past in haar dissertatie de transactiekosten theorie toe op de gezondheidszorg, vooral op Nederlandse ziekenhuizen en zorgverzekeraars.²³ Zij komt op basis van kwalitatief onderzoek tot de conclusie, dat zorgverzekeraars een voorkeur gaan ontwikkelen voor enkele, bestaande ziekenhuizen met wie ze meerjarige contracten sluiten. Immers de transactiekosten om zaken te doen met vele ziekenhuizen en met nieuwkomers zijn hoger dan bij zaken doen met enkele vertrouwde partners.

Op Amerikaanse gezondheidscongressen pikte ik populaire versies op van de theorie van Williamson. Daar hoorde ik vaak de uitdrukkingen You get what you pay en if you pay peanuts, you get monkeys. Bijvoorbeeld, als een zorgverzekeraar betaalt per volume eenheid, krijgt zij een grote omvang van de zorg. Of: als ongezond eten goedkoper is dan een gezonde maaltijd, dan eten Amerikanen ongezond.

²⁰ Simpson Ross I., *The life of Adam Smith*, Clarendon Press, Oxford, 1995

²¹ Oliver E. Williamson (1981). "[The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach](#)". *The American Journal of Sociology* 87 (3): 548–577. doi:10.2307/2778934. Retrieved 2012-01-11.

²² Simon, Herbert (1957). "A Behavioral Model of Rational Choice", in *Models of Man, Social and Rational: Mathematical Essays on Rational Human Behavior in a Social Setting*. New York: Wiley.

²³ Brandenburg C., *A Transaction Cost Analysis of Dutch Hospital Care: Contracting between hospitals and health insurance companies in a deregulated environment*, diss. Erasmus Universiteit Rotterdam, 2008

Een wenselijk geachte, gebonden rationaliteit betekent dat overheid en andere instanties een paternalistisch gedrag vertonen. Zij willen burgers verleiden maar niet dwingen tot gezond gedrag. Dit heet libertair paternalisme bij Williamson en bij de Californische onderzoeker Rice²⁴ die begin 2013 een overzichtsartikel schreef over toepassingen van gedragseconomie in de gezondheidszorg. De toevoeging libertair betekent een verzachting van het begrip paternalisme: de overheid mag niet verbieden, niet straffen maar wel opporren en stimuleren met kleine geldprikkel. Een collega die bij Kaiser Permanente en vorstander van libertair paternalisme paste financiële prikkels toe bij professionals en patiënten met een omvang van cinema vouchers, bioscoopbonnen, als deze een wenselijk gedrag vertoonden.

Binnen de gedragseconomie onderscheid ik in dit boek beleidsvolle en beleidsarme prikkels. Bij de eerste categorie heeft de wetgever of zorgverzekeraar nagedacht over het gedragseffect dat zij met de gekozen betaaltitel wil bereiken bij haar verzekerden en gecontracteerde professionals en hun organisaties. Onder betaaltitel versta ik de juridische grondslag op basis waarvan een betaling plaatsvindt. Bij betaling per verrichting geldt bijvoorbeeld een precies omschreven verrichting als betaaltitel. Bij beleidsarme prikkels is niet nagedacht over het gedragseffect dat wordt beoogd. De betaaltitel is gekozen op grond van historische overwegingen (het was in de oude regelingen ook al zo) of vanuit ideologische overwegingen (bijvoorbeeld, betaling per verrichting lijkt meer op vrije marktwerking dan betaling per periode). In dit boek noem ik financiële prikkels beleidsvol, indien deze één of meer van de Triple Aim doelstellingen stimuleren: 1. Bevorderen preventie 2. Verbetering kwaliteit van zorg en 3. Verlaging van de kosten per verzekerde. Bij elke betaaltitel hoort een specifiek tarief.

Toepassing van gedragseconomie bij zorgprofessionals en hun instellingenstaat internationaal bekend onder de naam: Pay for Performance ofwel P4P, spreek uit pie-for-pie. Dit vakgebied bestudeert financiële prikkels die wenselijke, gebonden rationaliteit bij professionals stimuleren, zoals de Triple Aim doelstellingen. Indien toepassing van gezondheidseconomie het gedrag van patiënten of verzekerden betreft, is er sprake van Pay for Patient for Performance, ofwel van P4P4P. In Box 6 beveel ik jou, beste lezer, ter nadere bestudering enkele overzichtsartikelen aan over P4P en P4P4P aan. De gedragsbeïnvloeding van patiënten en professionals door financiële prikkels die ik zelf als libertair paternalist beoog, komt per sector en doelgroep aan de orde in de hoofdstukken die nog komen.

24 Rice T., The Behavioral Economics of Health and Health Care, Annu. Rev. Public Health 2013. 34:12.1–12.17 The Annual Review of Public Health is online at publhealth.annualreviews.org This article's doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114353

Dit is een voorlopige tekst. Je kunt ernaar verwijzen als je dat doet met bronvermelding (www.guusschrijvers.nl). Je mag deze tekst verspreiden voor onderwijsdoeleinden, maar niet gebruiken voor commerciële doeleinden. Eind 2014 verschijnt een bewerking van deze tekst in boekvorm.

Box 6. Aanbevolen literatuur over Pay for Performance (P4P) en Pay for Patients for Performance (P4P4P).

Meredith B. Rosenthal, PhD; Richard G. Frank, PhD; Zhonghe Li, MA; Arnold M. Epstein, MD, MA (2005). "[Early Experience With Pay-for-Performance: From Concept to Practice](#)" (abstract). JAMA 294 (14): 1788–1793. doi:[10.1001/jama.294.14.1788](#)· PMID [16219882](#)· Retrieved 2006-07-08.

M .B. Rosenthal and R. G. Frank (2006). "[What Is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care?](#)". Medical Care Research and Review 63 (2): 135–57. doi:[10.1177/1077558705285291](#)·

Lois Snyder, JD & Richard L. Neubauer, MD, L; Neubauer, RL; American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee (4 December 2007). "[Pay-for-Performance Principles That Promote Patient-Centered Care: An Ethics Manifesto](#)" (abstract). Annals of Internal Medicine 147 (11): 792–794. PMID [18056664](#)· Retrieved 2008-03-31.

Tim Doran, M.P.H., Catherine Fullwood, Ph.D., Hugh Gravelle, Ph.D., David Reeves, Ph.D., Evangelos Kontopantelis, Ph.D., Urara Hiroeh, Ph.D., and Martin Roland, D.M. (2006). "[Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom](#)". The New England Journal of Medicine 355 (4): 375–384. doi:[10.1056/NEJMs055505](#)· PMID [16870916](#)· Retrieved 2006-08-02.

Lindenauer PK., et al. (2007). "[Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement](#)" (PDF). The New England Journal of Medicine 356 (3): 486–496. doi:[10.1056/NEJMs064964](#)· PMID [17259444](#)· Retrieved 2007-01-29.

Arnold M. Epstein, MD (2007). "[Pay for Performance at the Tipping Point](#)" (PDF). The New England Journal of Medicine 356 (3): 515–517. doi:[10.1056/NEJMe078002](#)· PMID [17259445](#)· Retrieved 2007-01-29.

Steven B. Leichter ,MD, FACP, FACE, S. B. (2006). "[Pay-for-Performance Contracts in Diabetes Care](#)" (PDF). Clinical Diabetes 24 (2): 56–59. doi:[10.2337/diaclin.24.2.56](#)· Retrieved 2008-03-31.

PMPM kosten en financiële klantwaarde staan centraal bij Triple Aim

In de Drie-eenheid van de zorg staat verlaging van de per capita kosten centraal. In de Amerikaanse literatuur heten deze de PMPM-kosten: de kosten per maand (Per Month) per verzekerde (Per Member). In dit model (en ook in dit boek) staan dus niet de kosten per product maar per verzekerde centraal. De drie partijen streven er niet naar om de kosten per ingreep, verpleegdag of geneesmiddel zo laag mogelijk te houden maar de totale zorgkosten per periode.

Een voorbeeld: Remicade is een duur geneesmiddel²⁵ op biologische basis (niet een pharmaceutical maar een biological) dat de ziekte van Crohn krachtig bestrijdt. Het voorkomt ziekenhuis- en op den duur verpleeghuisopnamen in hoge mate.²⁶ De patiënt met de ziekte van Crohn moet om de paar weken een infuus krijgen met Remicade. Binnen het model van de Nieuwe Drie-eenheid van de zorg gaat de discussie over de vraag of de kosten per periode bij Remicade behandeling lager zijn dan bij de oude behandeling inclusief verpleeghuisopname. Het gaat dus niet om de kosten van het dure geneesmiddel Remicade maar om de kosten per jaar per patiënt met de ziekte van Crohn.

²⁵ Nog opzoeken hoe duur

²⁶ Voetnoten uit mijn evaluatie nog opzoeken (Coin study, Bas Oldenburg, UMC Utrecht)

Bij PMPM kosten voor de verzekeraar komt het begrip financiële klantwaarde aan de orde: het verschil tussen PMPM opbrengsten per verzekerde en de PMPM kosten. Deze klantwaarde is positief als de opbrengsten hoger zijn dan de kosten en negatief als dat andersom geldt. In jargon heet het verschil tussen de opbrengsten en de kosten de contribution margin.²⁷ Uit deze marge betaalt de zorgverzekeraar haar eigen medewerkers en ingekochte diensten. Een positieve klantwaarde betekent dus nog niet dat een zorgverzekeraar winst maakt. De kosten die een zorgverzekeraar maakt omdat zij declaraties en facturen betaalt, noem ik tariefkosten. Die verschillen van die van een zorgaanbieder, die zijn kosten registreert in termen van bijvoorbeeld betaalde salarissen van verpleegkundigen, huisvestingskosten en afschrijvingen op apparatuur. Deze kosten noem ik in dit boek directe zorgkosten. Verder onderscheid ik in dit boek, in navolging van de Health Technology Assessment maatschappelijke kosten en opbrengsten per gewonnen levensjaar. Maatschappelijke kosten bestaan uit directe zorgkosten plus extra kosten ten gevolge van een aandoening voor bijvoorbeeld uitkeringen op grond van de Ziektewet en regelingen bij werkloosheids- en arbeidsongeschiktheid. De opbrengsten per gewonnen levensjaar stel ik op 50.000 euro per jaar. Ik volg hierbij de berekeningen van Pomp in zijn briljante boek "De gouden eieren van de gezondheidszorg"²⁸.

Leeswijzer

In de hoofdstukken 2 tot en met 15 komen preventie en vele sectoren van de gezondheidszorg aan de orde. Achterwege blijven in dit boek aparte hoofdstukken over aspecten van de zorgverlening, bijvoorbeeld over leiding geven, implementatie, zorgpaden en bekostiging. Ik heb dat niet gedaan omdat daarover al vele goede boeken^{29,30,31,32,33} bestaan. Wanneer ik voor het eerst een begrip, model of theorie van een collega onderzoeker presenteer, ga ik in dat hoofdstuk daarop dieper in. In latere hoofdstukken verwijs ik naar die eerste introductie in een eerder hoofdstuk. Ik ga ervan uit, dat de lezer kennis heeft van het functioneren en de structuur van de gezondheidszorg. Wie dat niet heeft, raad ik aan eerst de boeken van Mackenbach en Stronks^{34 35} te lezen.

Dit boek is tot stand gekomen op basis van de colleges die ik tegenwoordig geef aan deelnemers van Masterclassen en congressen. Omdat ik vermoed dat hoofdstukken uit dit boek nogal eens in onderwijsprogramma's aan de orde komen, begint elk hoofdstuk met een samenvatting.

²⁷ Zie uitvoerig www.investopedia.com/dictionary

²⁸ Pomp M., Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg, Balans, 2010, 127pp

²⁹ Covey S, The 7 Habits of Highly Effective People, Simon & Schuster Ltd, 2004, 372 pp

³⁰ Gladwell M, [Tipping Point](#), How Little Things Can Make A Big Difference Little Brown UK, 2001

³¹ Loop FD, Leadership and Medicine, 2009, 283 pp

³² Gawande A, The checklist Manifesto, How to get things right, Profiles Book, 2009 pp 2011

³³ Christensen CM, The Innovator's Prescription, McGraw Hill, 2009

³⁴ Mackenbach JP en K.Stronks (red), Volksgezondheid en gezondheidszorg, Reed Business, 2012

³⁵ Mackenbach, JP, Ziekte in Nederland, Reed Business, 2010